

CONSULTA EN SALA

“Lo sonoro: lugar posible donde resignificar el dolor”

*Musicoterapia en el Tratamiento de Pacientes
con Trastorno por Estrés Postraumático*



Alumna: *Mercedes Ada Gómez*

Carrera de Musicoterapia

Cátedra: Seminario de Investigación

Docentes: *Prof. Lic. Gabriela Wagner*

Prof. Lic. Alberto Susco

Tutora de Tesis: *Prof. Lic. Gabriela Wagner*

Buenos Aires, Diciembre 2007

Universidad del Salvador. Facultad de Medicina

INDICE

▪ Prefacio.....	3
▪ Introducción.....	4
▪ Tema de la Investigación.....	5
▪ Planteamiento del Problema.....	5
▪ Tipo de Investigación.....	6
▪ Hipótesis.....	6
▪ Diseño de investigación.....	7
▪ Etapas de la investigación.....	8

MARCO TEÓRICO.....9

• Características del “Trastorno por Estrés Postraumático” (TEPT).....	10
• Abordaje psicoterapéutico de pacientes con “Trastorno por Estrés Postraumático”.....	15
• El encuadre grupal.....	17
• Implicancias del trabajo grupal en el abordaje de pacientes con TEPT.....	21
• Características del abordaje grupal desde “taller”.....	23
• Características del abordaje interdisciplinario.....	25
• Elaboración de lo traumático desde la perspectiva psicodinámica.....	27
• El lugar de la creación y el arte en el proceso terapéutico.....	32
• Resiliencia, creación y su relación con lo traumático.....	38
• Definición de la Musicoterapia.....	45
• Transferencia en Musicoterapia.....	45
• Encuadre Musicoterapéutico.....	46
• Técnicas Musicoterapéuticas.....	47
• Recursos Musicoterapéuticos.....	53
• Posicionamiento del musicoterapeuta.....	54
• Concepto de ISO Grupal.....	55
• Abordaje musicoterapéutico grupal.....	56
• Fases, niveles y objetivos del proceso musicoterapéutico.....	57

TRABAJO DE CAMPO.....59

• Aspecto social: Contextualización de la tragedia Cromañon.....	60
• Breve caracterización del Hospital Nacional Prof. A. Posadas.....	62

• “Programa de Atención Prioritaria a Víctimas del Suceso Cromañon”	63
• Proyecto: Taller Artístico-Expresivo para pacientes con T.E.P.T.....	63
• Presentación de los pacientes.....	69
<u>ANÁLISIS DE LOS DATOS</u>	73
• “Ejes de Análisis de la Capacidad Resiliente”	74
• Proceso individual de cada paciente.....	74
• Aspectos de análisis del proceso grupal.....	82
• Etapas del proceso grupal en el taller.....	91
<u>CONCLUSIONES</u>	97
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	100
<u>ANEXO</u>	105



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Prefacio

El desarrollo de esta investigación fue posible gracias a la colaboración de varias personas y a la experiencia personal surgida del trabajo clínico con los jóvenes atendidos en el hospital Posadas.

En primer lugar, quiero agradecer muy especialmente a la Prof Ana Laisa, con quien he coordinado en forma interdisciplinaria el taller artístico-expresivo. Con ella no sólo he compartido muchos de los interrogantes y cuestiones que surgieron de la experiencia clínica con estos jóvenes; sino también me pude enriquecer con su mirada y lectura de lo que iba desplegándose en el taller.

Muchas gracias también a la Lic Norma Fantini, quien con sus aportes teóricos y su acompañamiento constante ha hecho posible la conceptualización de la clínica; a las Lic Cristina Tacchetti y Laura Tolsa, quienes también son parte del equipo de trabajo y han estado presentes, no sólo en lo que hace a lo clínico y teórico de esta investigación, sino también como sostén afectivo.

Un especial agradecimiento a la Prof Gabriela Wagner, tutora de esta tesis, por su tiempo, sus aportes y su "generosidad" en el ofrecimiento de bibliografía y material sobre el tema.

Finalmente, GRACIAS a Nacho, quien ha sido y sigue siendo parte fundamental de mis proyectos, tanto personales como profesionales.

Introducción

La presente investigación nace a partir de la experiencia clínica desarrollada en el “Programa de Atención Prioritaria a Víctimas del Suceso Cromañón” perteneciente al Hospital Nacional Prof. A. Posadas. Programa del cual formo parte, ya que como musicoterapeuta integro el equipo interdisciplinario de Salud Mental perteneciente al mismo.

Dicha experiencia suscita en mí interrogantes y cuestionamientos ligados a la práctica profesional; específicamente, al lugar del musicoterapeuta en el tratamiento de estos pacientes y la especificidad de su inclusión en el ámbito interdisciplinario.

Lo sucedido en Cromañón en diciembre del 2004 fue un hecho que trascendió los límites de las subjetividades afectadas por la tragedia y puso en cuestionamiento las instituciones y la sociedad en general: 194 personas fallecidas, docenas de familias afectadas y cientos de jóvenes con secuelas físicas y psicológicas.

Las repercusiones sociales de este hecho y el carácter indispensable del desarrollo de tratamientos que pudieran responder a las necesidades de estos jóvenes, hizo imprescindible un replanteo acerca de los aportes específicos de la Musicoterapia para el tratamiento de estos pacientes.

Replanteo que a su vez no podía perder de vista la dimensión en torno a lo musical que adquiría lo sucedido en Cromañón, ya que aquellos jóvenes habían concurrido al lugar para presenciar el recital de la banda de rock “Callejeros”.

De este modo, en la presente investigación se tomará como fuente principal de datos la experiencia clínica desarrollada en el Hospital Nacional Posadas desde el año 2005 hasta mediados del 2007; y el recorrido teórico bibliográfico (libros, artículos, revistas, trabajos de congresos) en torno a las variables que guiaron este trabajo.

Una vez planteados el tema de la tesis, las preguntas, los objetivos y las hipótesis; se pasa a la instancia de recopilación de crónicas, escritos, producciones de pacientes y demás documentos obtenidos en la experiencia de campo. A mismo tiempo, se inicia también la lectura y análisis de diferentes investigaciones y bibliografía relacionadas con el planteamiento inicial; a fines de poder ir conceptualizando y analizando dicha experiencia.

Finalmente, integrando lo teórico y los datos obtenidos, se procede a realizar el análisis y conclusiones sobre el tema.

TEMA DE LA INVESTIGACIÓN

“La Musicoterapia en el tratamiento de pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático”

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

- Indagar acerca de los aportes específicos de la Musicoterapia en el tratamiento de pacientes con TEPT
- Reflexionar acerca del lugar de la *expresión corporo-sonoro-musical* en pacientes con TEPT
- Analizar el Concepto de Resiliencia en relación a:
 - el abordaje de pacientes con TEPT
 - los procesos artísticos- expresivos
- Indagar acerca de las implicancias de la *expresión*, la *creación* y el *arte* en el proceso de elaboración del trauma (duelo)
- Profundizar acerca de los objetivos del *abordaje grupal* en pacientes con TEPT
- Describir las características de un *abordaje interdisciplinario*

2- PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

- ¿Qué lugar tiene la MT en el tratamiento de pacientes con TEPT?
- ¿Cómo opera la MT en cuanto al fortalecimiento de aspectos resilientes en pacientes con TEPT?
- En pacientes con TEPT: ¿el fortalecimiento de estos aspectos resilientes mediante un proceso expresivo-artístico puede favorecer la tramitación/elaboración del trauma?
- ¿Qué implicancias tiene el trabajo desde un dispositivo *grupal* en el tratamiento de pacientes con TEPT?

3- JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene como objetivo principal realizar su aporte a un campo de aplicación que actualmente se encuentra en constante estudio y exploración.

Si bien existen varias investigaciones en torno a la Musicoterapia y el concepto de Resiliencia, dichos trabajos se desarrollan principalmente en las Áreas Preventiva, Social y Comunitaria.

Asimismo, mucho de lo investigado en torno al abordaje musicoterapéutico del Trastorno por Estrés Postraumático se basa en marcos teóricos en los cuales se focaliza el tratamiento de la sintomatología que caracteriza el cuadro clínico; o el trabajo terapéutico en función de profundizar acerca de vivencias y sentimientos relacionados con la escena traumática.

A diferencia de las investigaciones citadas, en este trabajo se abordará la problemática poniendo especial énfasis en los aspectos que hacen al potencial expresivo-creativo y a las capacidades subjetivas del paciente; como vías posibles de un tratamiento que no solo contribuya a la reducción de la sintomatología clínica, sino también a la elaboración psíquica del hecho traumático.

De este modo, desde la exploración y descripción del fenómeno estudiado, la presente investigación se propone realizar un aporte al cuerpo de conocimientos de la Musicoterapia en el Área Clínica, específicamente a la práctica profesional en dicho campo a partir de su inclusión en equipos interdisciplinarios de salud,

Finalmente, se espera que este trabajo constituya también un aporte al desarrollo de futuras investigaciones; con el objetivo de brindar, a quienes han sido víctimas de una tragedia y padecen TEPT, un tratamiento integral para la rehabilitación y recuperación de su salud psíquica.

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Exploratoria - descriptiva

HIPÓTESIS

"La Musicoterapia, en el marco de un abordaje expresivo-artístico grupal, favorece el desarrollo de la capacidad resiliente en pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)"

Hipótesis derivada:

“El desarrollo de la capacidad resiliente en pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático a partir de un abordaje musicoterapéutico en el marco de un espacio artístico-expresivo grupal, contribuye a la elaboración psíquica del trauma”

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- *Estudio Retrospectivo de Casos*

El método seleccionado para esta investigación ha sido elegido por los siguientes motivos:

- El *estudio de casos* permite profundizar en torno al proceso de cambio observado en un grupo de pacientes a lo largo de un período determinado.
- El carácter *retrospectivo* del estudio se basa en la posibilidad de tomar como *trabajo de campo* la vastedad y riqueza del material clínico surgido a partir de la experiencia en el tratamiento de pacientes diagnosticados como Trastorno por Estrés Postraumático, atendidos en el Hospital Nacional Prof. A Posadas.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- recopilación bibliográfica
- observación participante
- examen de documentos escritos: crónicas y demás registros del proceso grupal e individual de los pacientes

FUENTES DE DATOS

Para esta investigación se tomo como *fuentes de datos*: registros de los pacientes; crónicas del proceso grupal en el taller Artístico Expresivo; producciones grafo-plásticas de los pacientes; fotos; grabaciones sonoras; material otorgado al equipo de profesionales del “Programa de Atención a Víctimas del Suceso Cromañón” del Hospital Nacional Posadas; literatura sobre el tema; artículos de diarios y revistas; presentaciones en congresos y jornadas; trabajos facilitados por profesionales musicoterapeutas y de otras disciplinas.

UNIVERSO

Niños, jóvenes y adultos que han sido víctimas primarias y secundarias del incendio sucedido el 30 de diciembre de 2004 en el local República de Cromañón

MUESTRA

Grupo de 9 jóvenes víctimas de la tragedia Cromañón que se encontraban en tratamiento dentro del "Programa de Atención a Víctimas del Suceso Cromañón", Hospital Nacional Prof. A. Posadas

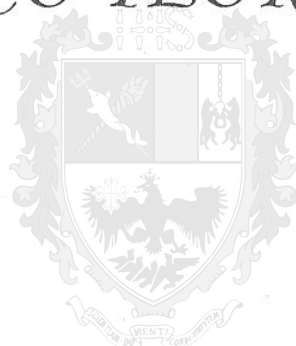
ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

- *Tiempo de elaboración de la tesis:* desde agosto 2006 hasta noviembre 2007
- *Recopilación bibliográfica:* septiembre 2006 hasta agosto 2007
- *Construcción del marco teórico:* marzo 2007 hasta agosto 2007
- *Análisis de los datos:* agosto 2007 hasta noviembre 2007
- *Evaluación final y conclusiones:* octubre – noviembre 2007



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

MARCO TEÓRICO



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

CARACTERÍSTICAS DEL “TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO”

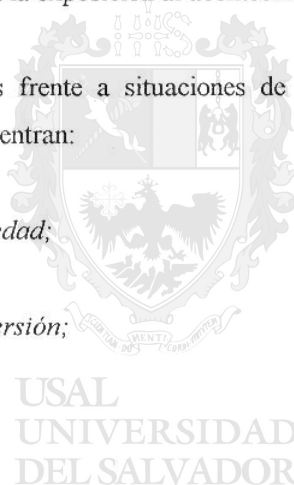
Existen determinadas situaciones a lo largo de la vida que se constituyen como *potencialmente traumáticas* para un individuo: desastres¹ naturales o provocados por el hombre, guerras, accidentes, ataques personales violentos (agresión física y sexual, robos, secuestros, torturas, etc); y otras situaciones en las cuales el sujeto encuentra amenazada su integridad física o percibe que está en riesgo la vida de otras personas.

Frente a estos hechos, el individuo percibe temor, desesperanza y un pánico intenso, acompañados de otros sentimientos angustiantes. No posee, en principio, elementos para poder entender lo que le sucede y “se queda sin palabras”. Esa situación, tanto para la Psiquiatría como para el Psicoanálisis, es potencialmente traumática porque el aparato se queda sin capacidad de elaboración.

En estos casos, la probabilidad de presentar trastornos psíquicos posteriores puede verse aumentada cuanto más intensa, próxima o duradera sea la exposición al acontecimiento traumático.

Las patologías psíquicas más observadas frente a situaciones de estas características son de tipo depresivo y de ansiedad. Entre ellas se encuentran:

- *Trastornos depresivos y/o de ansiedad;*
- *Conducta o ideación suicida;*
- *Trastornos disociativos o de conversión;*
- *Trastorno psicótico agudo;*
- *Estados de pánico.*



Asimismo, los trastornos por *estrés² postraumático* y por *estrés agudo* también se encuentran entre los trastornos psíquicos más frecuentes luego de la exposición ante situaciones traumáticas.

Según algunos estudios, la calidad del apoyo social, antecedentes familiares, experiencias durante la etapa infantil, rasgos de personalidad y trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés postraumático. Sin embargo, también es posible que se presente en personas sin ningún factor predisponente.

¹ Según D. Mosca: “un **desastre** es un evento en el cual se sobrepasan inicialmente la capacidad de responder de los organismos sanitarios y de seguridad. En un **evento traumático**, se excede la capacidad del individuo de responder con sus mecanismos usuales de elaboración y control”

² Estrés: “Estado de reacción general del organismo a nivel psicofísico frente a los desafíos de la vida cotidiana” (Selye, H) Surge (...) “ante un suceso que irrumpe en la vida de la persona y que exige, por lo inédito de la situación, un esfuerzo elaborativo para su aparato psíquico” (Sivak, R)

Para algunos autores el trastorno por estrés postraumático es el diagnóstico más frecuente en estas situaciones. Es un cuadro que surge luego de sucesos angustiosos de naturaleza excepcionalmente peligrosa y que aparece en el periodo de seis meses o más, posterior a sufrir un evento traumático muy significativo e impactante para la persona.

El diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático se encuentra en el *DSM IV*, dentro de las clasificaciones diagnósticas por Trastornos de Ansiedad:

1. Trastornos de angustia sin agorafobia
2. Trastorno de angustia con agorafobia
3. Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
4. Fobia específica
5. Fobia social
6. Trastorno obsesivo-compulsivo
7. **Trastorno por estrés postraumático**
8. Trastorno por estrés agudo
9. Trastorno de ansiedad generalizada
10. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
11. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

En estos trastorno puede aparecer crisis de angustia y agorafobia³

Según el *DSM IV*⁴ el Trastorno por Estrés Postraumático (F43.1) se caracteriza por la aparición de determinados síntomas que tienen una duración de cuatro semanas o más:

1. Recuerdo continuado o re-experimentación del acontecimiento traumático a través de recuerdos recurrentes e intrusos que le provocan malestar (imágenes, pensamientos, percepciones); sueños relacionados con el acontecimiento traumático, malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que le recuerdan la escena del trauma; y respuestas fisiológicas frente a dichos estímulos que puedan llegar a relacionarse con el hecho traumático. La persona tiene la sensación de estar reviviendo aquella experiencia traumática y puede presentar alucinaciones y episodios disociativos de flashback⁵ (relacionados con recuerdos, sensaciones como olor a humo, oscuridad, llantos escuchados, gritos).

³ **Agorafobia:** se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil, o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia

⁴ Cabe destacar que recién en el año 1980, la American Psychiatric Association incorpora al DSM el diagnóstico de "Trastorno por Estrés Post Traumático"

⁵ **Flashback:** presentación del evento desencadenado por asociaciones o espontáneamente (luces, sonidos, voces, gritos, murmullos, etc)

2. Evitación a estímulos que puedan estar asociados al trauma y un embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma): esfuerzos para evitar pensamientos, conversaciones, actividades, lugares o personas que le recuerden al trauma (agorafobia); incapacidad para recordar aspectos importantes del acontecimiento (amnesia disociativa); reducción del interés y participación en actividades significativas; sensación de desapego frente a otras personas; restricción de la vida afectiva; respuestas fisiológicas como: gastritis, dolores de cabeza, diarrea y temblores (el motivo de estas reacciones es que el organismo, ante un estímulo parecido, se prepara como si la situación traumática se repitiera).
3. Síntomas persistentes de sobreexcitación psicológica o aumento de la activación (arousal): dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, dificultades para concentrarse, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto.
4. Otras manifestaciones como: disminución de interés en actividades que antes le atraían, aislamiento, depresión, culpabilidad por haber sobrevivido, problemas con la familia o el trabajo, abuso de alcohol, etc. Es decir, manifestaciones que interfieren en la actividad social, laboral del individuo, pudiendo afectar también su capacidad para llevar a cabo tareas importantes de su vida. El sujeto puede llegar a tener la sensación de estar separado de su cuerpo, y experimentar el mundo como irreal o fantástico.

A nivel *neurofisiológico*, el Trastorno por Estrés Postraumático presenta daños en el región hipocámpica y de la amígdala. *“El rol del hipocampo es formular respuestas condicionadas a estímulos espaciales complejos; integra los estímulos y pasa esta información a través del subculum a la amígdala, la cual efectúa la respuesta del stress (Cía, 2001)”*⁶

De este modo, la alteración principal a nivel neurocognitivo se relaciona con alteraciones de la memoria en las cuales incluyen: pesadillas, flashbacks, memorias intrusivas, amnesias del suceso traumático, fallas en la memoria de trabajo y de corto plazo, una potenciación en la evocación de experiencias traumáticas, síntomas disociativos y dificultad para evocar recuerdos específicos.

Por otra parte, investigaciones recientes plantean algunas generalidades acerca del Estrés Postraumático (Breslau, 1998; Kessler, 1995)⁷

- entre el 60-90% de las personas fueron traumatizadas alguna vez en su vida

⁶ Perinot, Lila; “Neuropsicológicos - Un puente entre la mente y el cerebro” en Lopez-Mato, A; “Piconeuroinmunoendocrinología II - Nuevos dilemas para viejos paradigmas, viejos dilemas para neoparadigmas”, Ed Pólemos, Buenos Aires, 2004

⁷ Kichic, Rafael; “Diagnóstico y Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático”, Servicio de Psiquiatría - Hospital Francés, Curso Superior de Psiquiatría (UBA), Buenos Aires, 2005

- los traumas interpersonales tienen mayor riesgo asociado de desarrollar esta patología
- aproximadamente dos tercios se recupera solo, dependiendo dicha recuperación del tipo de trauma
- es un trastorno más prevalente en mujeres que en hombres

Clinica del Trastorno por Estrés Postraumático

En sus trabajos, Sivak y col. (2004) describen el Estrés Postraumático a partir de los siguientes síntomas clínicos:

- Reacciones emocionales: llorar excesivamente, shock, resentimiento, anhedonia, alexitimia
- Reacciones cognitivas: confusión, desorientación, indecisión, dificultad en la concentración, pérdida de memoria
- Reacciones físicas: fatiga, tensión, náuseas, cambios en apetito, cambios en sexualidad, insomnio, somatizaciones
- Reacciones interpersonales: irritabilidad, distancia emocional
- Disociación: sentimiento de irrealidad, períodos en blanco que no pueden recordarse
- Pesadillas, flashbacks, recuerdos intrusivos
- Hiperactivación autonómica: ataques de pánico, agitación
- Ansiedad severa: compulsiones, obsesiones
- Depresión
- Reacciones anti aniversarios
- Reacciones neurovegetativas
- Trastornos funcionales u orgánicos: mareos, dolor de cabeza, fatiga
- Evitación
- Bloqueo emocional

Comienzo y evolución del TEPT

Si los síntomas descritos duran menos de 3 meses, se trata de un cuadro de “*Trastorno por Estrés Agudo*”; si duran 3 meses o más y persiste el cuadro a lo largo del tiempo, es “*Crónico*”; y si, entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado 6 meses como mínimo, se trata de un Trastorno por Estrés Postraumático “*de inicio demorado*”

El riesgo del *Trastorno por Estrés Postraumático* es que si el estrés se vuelve crónico puede desembocar en una depresión con ideas de ruina, y puede predisponer a riesgos de conductas autoagresivas.